

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Albert DUPUY

De la Faculté de Médecine de Paris

LES RÉFLEXES

DANS LA

Chorée de Sydenham

Président : M. HUTINEL, professeur

Juges { MM. PIERRE MARIE, *professeur*
ANDRÉ BROCA, *agrégé*
CLAUDE, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

365

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jendi 15 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Albert DUPUY

De la Faculté de Médecine de Paris

LES RÉFLEXES

DANS LA

Chorée de Sydenham

Président : M. HUTINEL, professeur

Juges { *MM. PIERRE MARIE, professeur*
ANDRÉ BROCA, agrégé
CLAUDE, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GABRIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
	}	HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants.		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
	}	DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
	}	PINARD
Clinique d'accouchements		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOPPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR
LANNELONGUE**

Professeur de Pathologie externe

Membre de l'Institut

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique médicale infantile

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE TOULOUSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CESTAN

Professeur de Clinique chirurgicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR CAUBET

Professeur de Clinique médicale

Doyen de la Faculté
de Toulouse

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

Médecin des Hôpitaux (Hôtel-Dieu)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Professeur de Clinique médicale
Doyen de la Faculté de Paris (Hôpital Beaujeon)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

Professeur de Clinique chirurgicale (Hopital Laënnec)

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de Clinique chirurgicale (Pitié)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale (Clinique Baudelocque)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL
Professeur de Clinique médicale infantile (Enfants-Malades)

A MES AUTRES MAITRES

MESSIEURS BABONNEIX

MOUCHOTTE, ALGLAVE,

Chefs de clinique

DE SARD

(Consultation des voies urinaires, Pitié)

Les Réflexes

DANS LA

CHORÉE DE SYDENHAM

INTRODUCTION

Au cours de notre stage dans le service du professeur Hutinel, à l'hôpital des Enfants-Malades, nous avons eu l'occasion d'examiner un grand nombre d'enfants atteints de chorée de Sydenham.

Sur le conseil de M. le Dr Babonneix, chef de clinique, nous avons recherché si, en dehors des signes habituels (amplitude et fréquence des mouvements, état du cœur, hérédité) permettant de poser un diagnostic et de porter un pronostic bénin ou grave, chez un enfant atteint de mouvements choréiques, on peut, par l'étude des réflexes tendineux, cutanés et muqueux, obtenir des renseignements plus précis.

Avant de donner le résultat de nos recherches, nous tenons à remercier M. Babonneix de la complaisance qu'il a mise à nous confier les observations prises par lui avant notre arrivée dans le service et à contrôler nos observations personnelles.

Le plan que nous avons suivi dans notre travail est le suivant :

- 1° *Historique de la chorée ;*
- 2° *Etude des différents réflexes. Réflexes chez les enfants ;*
- 3° *Etude analytique des réflexes dans la chorée ;*
- 4° *Observations ;*
- 5° *Discussion ;*
- 6° *Conclusions.*

HISTORIQUE

Jusqu'à Sydenham, médecin anglais qui vécut au ^{xvii}^e siècle, la chorée fut englobée dans le groupe des affections saltatoires.

Il y eut, en effet, au moyen âge des épidémies de manies dansantes.

Les malades allaient en troupes grimaçantes à la chapelle de *Saint-Guy* en Souabe, implorer une guérison miraculeuse. Là se trouvaient côte à côte des gens atteints de dansomanie, de grande danse de Saint-Guy, de chorée giratoire, de convulsions démoniaques, de vrais choréiques peut-être.

Au milieu de tous ces agités, Sydenham, en 1688, créa une classe spéciale de malades : *les choréiques*.

Dans sa « lettre touchant une nouvelle sorte de fièvre », il définit la chorée « une sorte de convulsion que l'on rencontre le plus souvent chez les enfants des deux sexes, depuis la dixième année jusqu'à l'époque de la puberté ».

En France, les idées de Sydenham étaient peu goûtées. C'est alors que, en 1810, Bouteille de Manosque affirme de nouveau l'autonomie de la chorée et poussant plus loin ses recherches, en distingue

diverses variétés : chorées essentielles, chorées secondaires et fausses chorées.

En 1850 Germain Sée lit à l'Académie de médecine un remarquable mémoire, dans lequel il reconnaît comme étiologie de la chorée le *rhumatisme*. Henri Roger en 1866-1867 montre de nouveau la coexistence de la chorée et du rhumatisme et va jusqu'à dire que la chorée est une maladie rhumatismale. La théorie rhumatismale se trouve donc établie.

A côté de cette théorie, se développent les *théories infectieuses*. Triboulet montre que la chorée est précédée et accompagnée presque toujours d'une maladie infectieuse quelconque : fièvres éruptives, embarras gastrique, grippe, etc. Toutefois il admet comme facteur important du développement de la chorée l'*hérédité nerveuse*.

Le rôle de celle-ci noté déjà par Germain Sée qui dit : « il est des cas dans lesquels la chorée se transmet pour ainsi dire en nature et de manière à ne pas laisser de doute sur son origine », est nié par Raymond : « l'hérédité, dit-il, n'agit qu'indirectement ; il serait téméraire d'attacher une importance à cette cause. » Pour Déjérine au contraire le rôle étiologique de l'hérédité nerveuse ne fait point de doute et le rhumatisme passe au second plan.

Quoi qu'il en soit de ces diverses théories, nous entendrons par chorée avec MM. Hutinel et Babonneix : « cette affection caractérisée par des mouvements irréguliers, incoordonnés, involontaires,

apparaissant très souvent à la suite de rhumatisme, évoluant d'une façon cyclique, s'accompagnant fréquemment d'endo-péricardite, et disparaissant presque toujours au bout d'un certain temps, pour récidiver deux ou trois fois avant la puberté à partir de laquelle ils deviennent beaucoup plus rares. »

Arrêtons là ce court historique qui nous a cependant permis de préciser ce que nous entendons par chorée, et avant de passer à l'étude des réflexes dans cette affection, voyons ce qu'est un réflexe, voyons quel est l'état des réflexes chez un enfant normal.

LES RÉFLEXES

RÉFLEXES CHEZ L'ENFANT

Le pouvoir *réflexe* est « la propriété que possèdent les centres nerveux de transformer immédiatement et sans le concours de la volonté les excitations sensibles en excitations motrices » (Laulanié). Un *réflexe* est donc tout mouvement musculaire succédant inévitablement à une impression sensitive provocatrice.

La production d'un phénomène réflexe implique la série des faits suivants :

- 1° Excitation d'un nerf sensitif ;
- 2° Transmission de cette excitation jusqu'à un centre nerveux (substance grise).
- 3° Ebranlement de ce centre nerveux et dégagement d'une excitation motrice ;
- 4° Transmission de cette excitation jusqu'aux muscles.

Avant d'en arriver à cette notion précise du réflexe, de nombreux travaux se sont succédés.

Descartes, pour lequel les animaux n'étaient que des machines admirablement construites dont l'activité automatique ne relevait ni de la conscience, ni

de la volonté, a eu, sans doute, l'idée des phénomènes réflexes. Mais c'est Astruc qui, le premier en 1743, parle de *réflexe* et compare le mécanisme des réflexes à celui de la réflexion d'un rayon lumineux qui tombe sur un miroir. Puis viennent les travaux de Flourens en 1840, de Claude Bernard, de Vulpian en 1866, de Brown-Séquard en 1866. « Cette étude des réflexes s'est faite graduellement, dit en 1882 le professeur Charles Richet, et l'enfantement de la théorie actuelle a duré une très longue période de temps, à peu près deux siècles. »

Aujourd'hui l'étude clinique des réflexes comporte surtout l'étude du réflexe rotulien, du réflexe *plantaire*, du réflexe *pharyngien* et du réflexe *cornéen*.

Le *réflexe rotulien* consiste en une extension brusque de la jambe sur la cuisse à la suite d'une percussion du tendon rotulien : la production de ce réflexe nécessite l'intégrité du cordon postérieur.

Le *réflexe cutané plantaire* consiste dans le retrait du membre inférieur après excitation de la plante du pied. En même temps se produit le réflexe du fascia lata décrit par Brissaud en 1895 : le fascia lata se contracte brusquement à la suite du chatouillement de la plante du pied ; ce signe apparaît quelquefois seul. Ce réflexe cutané plantaire est modifié dans certaines maladies du système nerveux : Babinski en 1896 et 1897 a montré que si, dans les cas normaux, les orteils se fléchissent par excitation plantaire, dans d'autres cas ils se mettent en extension : c'est le *phénomène des orteils, réflexe de Ba-*

binski qui s'applique surtout à l'extension du gros orteil. Et ce signe, lorsqu'on le trouve, est toujours lié à une *perturbation du système pyramidal*.

Le *réflexe pharyngien* s'obtient en chatouillant le pharynx : ce chatouillement provoque aussitôt une sensation désagréable de picotement, des nausées, des vomissements même, et toujours la contraction des muscles du pharynx.

Le *réflexe cornéen* ou palpébral est la réaction d'occlusion de la paupière, qui se produit quand on touche du doigt la cornée.

Ces réflexes existent chez l'adulte normal ; en est-il de même chez les enfants ?

Léry en 1903 a fait des recherches qui l'ont amené aux résultats suivants :

Le réflexe plantaire s'observe chez les enfants normaux dans 95 o/o des cas : il est toujours en *extension* jusqu'à l'âge de six mois ; à partir de trois ans, sauf quelques exceptions il est en *flexion* ; entre ces deux limites il est variable.

Le réflexe rotulien est constant chez l'enfant de tout âge : il est exagéré, comme le sont d'ailleurs tous les autres réflexes tendineux jusqu'à six mois.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des réflexes étudiés d'abord chez l'adulte, recherchés ensuite chez l'enfant.

En 1908, Brudzinski, médecin en chef de l'hôpital d'enfants « Anne-Marie » à Lodz, en Pologne, a décrit sous le nom de « réflexes contra-latéraux des membres inférieurs » une forme particulière de

mouvements associés, qu'on rencontre chez l'enfant seulement, dans un certain nombre d'affections nerveuses et états névropathiques.

Chez un nourrisson atteint d'hémiplégie gauche incomplète avec contracture légère il remarqua le phénomène suivant :

Lorsqu'on mettait en flexion forcée la jambe droite saine (de façon à ce que la cuisse vint en contact avec la paroi abdominale) la jambe gauche paralysée qui se trouvait en flexion, exécutait un mouvement d'extension. Ce mouvement d'extension qui avait tous les caractères d'un réflexe, ne se produisait pas dans le membre inférieur non paralysé, lorsqu'on exécutait la même manœuvre avec le membre inférieur paralysé.

Ce réflexe *contra-latéral « réciproque »* (extension en cas de flexion), fut remplacé au bout de quinze jours par un réflexe *collatéral « identique »* (la flexion de la jambe saine provoquant la flexion du côté malade).

Ces mouvements associés ont reçu le nom de signe de Brudzinsky.

Le signe de Brudzinsky n'a jamais été trouvé chez les enfants normaux et bien portants. Il a été trouvé régulièrement chez les enfants arriérés, chez les microcéphales avec idiotie.

Il semble constant dans la méningite tuberculeuse et la méningite cérébro-spinale. Ce signe clinique a donc un double intérêt : intérêt purement théorique en ce qui concerne les enfants arriérés ; intérêt net-

tement pratique en tant que moyen de diagnostic et de pronostic dans les affections spécifiques ou non des méninges.

ÉTUDE ANALYTIQUE DES RÉFLEXES DANS LA CHORÉE

L'état des réflexes dans la chorée de Sydenham a fait l'objet de nombreuses études et les auteurs ne sont pas encore d'accord à ce sujet.

Ainsi pour les réflexes tendineux, M. Leroux dans son article du *Traité Grancher-Comby*, tome IV, écrit : « L'état des réflexes tendineux dans la chorée est très variable. Dans les cas légers exempts de paralysie ils peuvent être normaux. » MM. Blocq et Grenet dans le *Traité Charcot-Bouchard* estiment que « leurs modifications ne sont pas constantes ». M. Joffroy a trouvé cependant que dans la majorité des cas les réflexes patellaires sont *diminués* ou *complètement abolis* ; il les a trouvés normaux dans deux cas, exagérés dans deux autres. Pour Bonhoeffer il y a toujours diminution du tonus musculaire dans la chorée et les réflexes patellaires sont souvent abolis : ces symptômes se rattachent d'après lui à un trouble fonctionnel atteignant soit le cervelet, soit le pédoncule cérébelleux inférieur.

Oddo a examiné 147 sujets atteints de chorée vraie et a trouvé 116 fois les réflexes patellaires et achil-

léens *diminués* ou *abolis* : mais comme souvent à l'abolition succède l'exagération des réflexes, il suppose que dans la pathogénie de la chorée il y a participation du centre cérébral modérateur et du centre cérébelleux excitateur.

Pour Nicollet les réflexes sont presque toujours modifiés dans la chorée de Sydenham. Dans presque toutes les formes un *peu intenses* de la maladie ils sont *affaiblis*. Dans les formes légères ils sont variables et c'est dans ces formes seules qu'on peut rencontrer des réflexes normaux ou exagérés. Il n'y a pas de concordance entre l'état des trois ordres de réflexes cutanés, muqueux, ou tendineux.

M. Triboulet a recherché le réflexe rotulien chez 21 sujets et a remarqué le fait suivant : la percussion du tendon rotulien reste très souvent sans efficacité à une ou deux reprises et même plus, puis la jambe est lancée comme par un ressort. Il existerait donc pour lui un retard dans le réflexe (sensibilité défectueuse) et une exagération dans la réaction (irritation médullaire). Weil (de Lyon) a signalé encore un autre phénomène parfois très précoce, retrouvé par Gordon et Essner : lorsqu'on recherche le réflexe patellaire et que la jambe a été projetée, le retour à la position de laxité musculaire se fait d'une façon spéciale : la jambe reste immobile en extension pendant un certain temps, puis elle descend lentement ou s'arrête dans la descente pour demeurer un instant immobile : il s'agit

donc d'une *contraction tonique* ajoutée au réflexe proprement dit.

Un autre fait intéressant a été signalé par Nicollet : lorsqu'on percute une jambe c'est souvent l'autre qui réagit la première à l'excitation sensitive. Et on peut rapprocher de ce fait, bien qu'il ne s'agisse pas de réflexes tendineux, un genre de mouvements concomitants ou associés sur lesquels M. Brudzinski a appelé notre attention et que nous avons trouvé chez certains de nos malades.

Lorsque, en effet, on dit à l'enfant de presser avec une main un objet quelconque ou la main de l'observateur, la main du côté opposé exécute les mêmes mouvements et même quelquefois ces mouvements précèdent ceux de la main qui seule devrait les exécuter.

En résumé dans la chorée de Sydenham les réflexes tendineux sont le plus souvent modifiés dans leur *Brusquerie* : la contraction ne répond plus normalement à l'excitation ; dans leur *qualité* : la contraction ne présente pas sa souplesse habituelle ; dans leur *amplitude* : la contraction est soit plus forte soit plus faible que normalement.

Quant aux réflexes cutanés, leur état n'est pas moins discuté.

Les réflexes abdominal et crémastérien sont rarement altérés : tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Il n'en est pas de même pour le réflexe plantaire. Pour M. Nicollet il est diminué, il ne se produit qu'après plusieurs excitations successives. M. Ba-

binski soutient au contraire que dans certains cas, l'excitation plantaire peut provoquer l'*extension de la première phalange du gros orteil sur le métatarsien correspondant* et parfois aussi trouve le signe de l'éventail et la flexion combinée de la cuisse et du tronc, signe qui offre pour lui un très gros intérêt pour le diagnostic et l'interprétation du mécanisme de la chorée. « Quand la malade est couchée sur le dos, dit-il (1), et qu'elle veut s'asseoir sur son séant, la jambe gauche se soulève du sol, la jambe et la cuisse se fléchissent. Chez d'autres sujets ces mouvements d'association sont plus prononcés quand la malade, étant assise, se couche. Pour la constatation de ce signe, il faut inviter le patient à écartier légèrement les jambes et à croiser les bras sur la poitrine. C'est ce que j'appelle le *signe de la flexion combinée de la cuisse et du bassin*. On le trouve dans presque tous les cas d'*hémiplégie organique* qu'il sert à différencier des *hémiplésies hystériques*. »

« Quelle est sa signification dans la chorée ? Cette maladie est considérée par les uns comme une simple névrose, par moi et par d'autres comme une perturbation organique. La chorée succède souvent aux maladies infectieuses et s'accompagne fréquemment d'endocardite. Il y a lieu de supposer qu'elle est sous la *dépendance d'une affection des centres nerveux*. »

M. Charpentier en 1906 ayant observé un cas de

1. Il s'agit d'une malade atteinte d'hémichorée gauche.

chorée avec réflexe cutané plantaire en extension s'exprime ainsi : « ce fait est à rapprocher des observations où M. Babinski a trouvé le mouvement combiné de la cuisse et du bassin et prouve que dans la chorée de Sydenham il existe *une perturbation du faisceau pyramidal*. »

Les *réflexes muqueux* ne paraissent pas modifiés, si l'on a eu soin d'écarter les cas, d'ailleurs très nombreux, où la chorée se complique de manifestations hystériques (Nicollet). Toutefois Triboulet fait remarquer que la sensibilité générale des choréiques n'est jamais normale et qu'elle est diminuée comme en témoignent les contusions que se donnent sans se plaindre les sujets fortement choréiques. Et Bernard (dans sa thèse 1909) a trouvé quinze fois sur vingt de l'anesthésie conjonctivale ou cornéenne.

Les *réflexes pupillaires* ont été souvent signalés. « Il n'est point prouvé que les fibres de l'iris se contractent » dit Raymond dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*.

On trouve cependant des modifications très nettes ; Rosenthal rapporte un cas typique. « J'ai observé, dit-il, dans un cas de chorée, une dilatation pupillaire très marquée des deux côtés ; elle n'était modifiée ni par l'approche d'une source lumineuse, ni par l'introduction d'une électrode mince entre la sclérotique et la conjonctive.

« L'irritation du centre cilio-spinal, s'exprime par une dilatation spasmodique des pupilles dans les attaques choréiques graves. »

Chez un malade de Cadet de Gassicourt, en outre des mouvements irréguliers des globes oculaires, on voyait très distinctement une dilatation et un resserrement alternatifs de la pupille tout à fait indépendants de l'action de la lumière. Il en résultait un phénomène assez bizarre. Lorsque l'enfant lisait, bredouillant un peu sans doute, mais sans trop de difficulté il s'arrêtait, tout à coup, disant : « Je ne vois plus », puis au bout de quelques secondes, il reprenait sa lecture. Or, si pendant cette expérience on examinait la pupille, on reconnaissait facilement que l'obscurcissement de la vision correspondait à une dilatation de la pupille et que la vision redevenait distincte dès que cette dilatation avait cessé. M. Cruchet de Bordeaux a étudié particulièrement les alternatives de mydriose et de myosis, qu'il décrit sous le nom d'hippus.

« Le plus ordinairement, dit-il, la pupille dilatée se contracte sous l'influence de la lumière ; mais à peine cette contraction s'est-elle produite, que la pupille se dilate à nouveau pour se rétracter encore ; à chaque contraction de moins en moins forte, répond une dilatation de plus en plus grande, si bien qu'au bout de quinze à trente secondes, la pupille revient à sa dilatation primitive et demeure immobile. Cette immobilité n'est que passagère et après quelques minutes de repos, il est facile de provoquer dans les mêmes conditions la même série de phénomènes. » Cet auteur insiste sur la fréquence de l'hippus, sa constance même dans la chorée de

Sydenham, et comme ce phénomène n'est pas rencontré dans la maladie des tics, Cruchet conclut que « c'est là un fait intéressant qui pourrait devenir un élément de diagnostic de plus entre ces deux maladies ».

Telles sont les données classiques sur les réflexes dans la chorée.

Voyons si l'étude des trente observations (1) que nous avons recueillies nous permet ou non de corroborer ces idées.

Nous avons divisé ces observations en deux groupes :

1° Celles où aucun des réflexes examinés ne présente d'anomalie.

2° Celles où certains réflexes présentent des modifications.

Et parmi celles-ci :

- a) Cas avec réflexes muqueux diminués ou abolis.
- b) Cas avec réflexes tendineux augmentés.
- c) Cas avec signe de Babinski positif.
- d) Cas avec réflexes tendineux affaiblis.

1. Les observations antérieures à l'année 1908 ont été recueillies par M. Babonneix.

OBSERVATIONS

I. — Cas où les réflexes sont normaux

OBSERVATION I

Georgette T..., treize ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 1^{er} octobre 1901, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont bien portants.

Antécédents personnels. — Cette enfant née à terme, après un accouchement normal, fut nourrie au sein jusqu'à treize mois. Elle eut la coqueluche à trois ans, la rougeole à quatre ans et demi, les oreillons à six ans.

Elle fut atteinte il y a deux ans, en 1899, d'une attaque de chorée de Sydenham, attaque légère qui fut suivie de douleurs articulaires.

En janvier 1901 seconde attaque de chorée, également accompagnée de phénomènes rhumatismaux.

Etat actuel. — L'enfant est atteinte depuis le début de septembre.

Les membres supérieurs et inférieurs sont le siège de mouvements désordonnés.

A l'auscultation du cœur on trouve un souffle piaulant, systolique, se propageant dans l'aisselle : signe d'une insuffisance mitrale.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Les réflexes muqueux sont normaux et il n'existe aucun stigmate d'hystérie.

La ponction lombaire faite par M. Sicard donne un liquide très clair, de composition histologique normale.

Traitée par l'antypyrine l'enfant sort le 10 novembre, guérie.

OBSERVATION II

Louise D..., dix ans, entre à l'hôpital le 18 novembre 1901.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant très nerveux. Mère bien portante. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme après un accouchement normal, elle a été élevée au sein jusqu'à dix mois. Elle eu la rougeole et la coqueluche à trois ans.

En 1900 elle a été atteinte de douleurs rhumatismales de moyenne intensité, mais accompagnée de parésie du membre supérieur gauche.

Histoire de la maladie. — En janvier 1901, la fillette se plaint de douleurs musculaires qui rétrocedent bientôt ; peu de temps après apparaissent des mouvements incoordonnés de la jambe et du bras droit. La guérison qui a lieu après un mois de séjour à l'hôpital se maintient jusqu'en octobre.

Etat actuel. — A ce moment l'enfant revient à l'hôpital pré-

sentant des mouvements incoordonnés des membres supérieur et inférieur droits.

Les réflexes rotuliens sont normaux, les réflexes muqueux sont également normaux ; il n'existe aucun stigmate hystérique.

OBSERVATION III

Flora K..., âgée de sept ans, entre le 27 janvier 1908, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, six frères et sœurs vivants en bonne santé : pas d'antécédents névropathiques ni rhumatismaux.

Antécédents personnels. — Cette enfant, née à terme, a été nourrie au sein jusqu'à dix mois, a marché à un an. Rougeole à trois ans.

Elle a toujours été bien portante jusqu'à la fin de décembre 1907. A ce moment les parents ont remarqué que l'enfant est devenue maladroite laisse tomber les objets qu'elle saisit. Puis les mouvements se sont généralisés à tous les membres, à la face. Le sommeil est agité, mais non interrompu.

Etat actuel. — Les mouvements choréiques sont très accentués ; le visage est grimaçant ; la parole est difficile, hachée. La force musculaire est normale.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Les réflexes muqueux sont conservés.

La sensibilité cutanée est intacte.

Le signe de Babinski fait défaut.

OBSERVATION IV

Noël C..., âgé de dix ans, entre à l'hôpital le 15 novembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère bien portante : dix grossesses terminées : deux par avortement, huit par accouchement normal à terme. Deux enfants sont morts, l'un de méningite, l'autre de pleurésie. Les six autres sont bien portants excepté celui-ci.

Antécédents personnels. — Le petit malade a été élevé au sein jusqu'à dix mois : il a eu la coqueluche, la rougeole et la scarlatine. Il a été opéré de hernie et d'hydrocèle.

Histoire de la maladie. — Il y a un mois l'enfant renversé par une automobile n'eut aucun mal. Quelque temps après la mère s'aperçut qu'il devenait maladroit et qu'il avait des mouvements désordonnés.

Etat actuel. — Grands mouvements de la face, du tronc et des membres, surtout du bras droit.

Pas de lésion organique du cœur.

Réflexes tendineux normaux.

Signe de Babinski en flexion.

OBSERVATION V

Henriette B..., âgée de sept ans, entre à l'hôpital le 22 juin 1908.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant actuel-

lement ; a eu plusieurs attaques de rhumatisme. La mère tousse.

Antécédents personnels. — Cette enfant née à terme a été nourrie au sein jusqu'à vingt-deux mois : ses tétées étaient mal réglées et l'enfant présenta de l'entérite.

Rougeole au mois de mars.

Il y a un an l'enfant présenta des mouvements choréiformes soignés en ville qui disparurent rapidement.

Elat actuel. — Mouvements désordonnés du bras et de la jambe droits.

Souffle systolique de la pointe.

Réflexes tendineux normaux.

Signe de Babinski en flexion.

Pas d'anesthésie cutanéomuqueuse.

OBSERVATION VI

Germaine D..., âgée de douze ans, entre à l'hôpital le 22 juillet 1907.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, trois frères bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, elle a été nourrie au sein, a eu la rougeole à deux ans.

Depuis huit jours elle présente des mouvements incohérents du côté gauche.

Elat actuel. — Mouvements choréiques légers. Souffle inorganique de la base.

Réflexes tendineux un peu vifs sans que l'on puisse dire qu'ils soient augmentés.

Signe de Babinski en flexion.

Anesthésie conjonctivale complète.

Réflexes pupillaires normaux.

OBSERVATION VII

Camille L..., âgée de douze ans, entre salle Parrot le 10 août 1908.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé, deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Enfant née à terme après une grossesse normale, nourrie au sein jusqu'à dix-huit mois ; pas de maladie antérieure.

Etat actuel. — L'enfant entre à l'hôpital pour une chorée qui dure depuis deux mois ; elle présente de grands mouvements incoordonnés du côté droit ; la face et le côté gauche n'ont pas été atteints.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Il n'y a pas d'extention de l'orteil.

Pas de troubles de la sensibilité.

Les réflexes muqueux sont conservés.

OBSERVATION VIII

Denise B..., âgée de onze ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 8 juillet 1908.

Antécédents héréditaires. — Père nerveux, alcoolique, mère bien portante. Six enfants en bonne santé.

Antécédents personnels. — Née à terme, elle fut nourrie au sein jusqu'à quatre mois, puis au biberon jusqu'à quinze mois. Elle a marché à trois ans et a parlé au même âge.

Etat actuel. — L'enfant est peu développée pour son âge, présente un crâne petit, parle très mal et comprend difficilement. Depuis quatre ans elle présente des mouvements choréiques avec des périodes de répit.

Souffle mésosystolique de la pointe.

Réflexes tendineux normaux.

Le signe de Babinski fait défaut.

Il y a une légère anesthésie cornéenne.

Le signe de Brudzinski fait défaut.

OBSERVATION IX

Augé B..., âgé de six ans, entre aux Enfants-Malades le 20 juillet 1908.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère nerveuse.

Antécédents personnels. — Né à terme et nourri au sein, il a eu à quatre ans une broncho-pneumonie. Depuis ce moment il tousse chaque hiver. Il y a un mois il a fait une rougeole et a présenté des mouvements du côté droit.

Etat actuel. — L'enfant présente de grands mouvements désordonnés du côté droit, la face est intacte.

A l'auscultation on trouve un souffle prolongé de la pointe avec frottement péricardique de la base.

Les réflexes rotulien et épitrochléen sont normaux.

Le signe de Babinski est en flexion.

Le signe de Brudzinski fait défaut.

II. — Cas où les réflexes sont modifiés

A. — *Réflexes muqueux diminués ou abolis*

OBSERVATION X

Yvonne C..., âgée de onze ans, entre le 12 novembre 1906
salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, trois enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, elle fut nourrie au sein jusqu'à quatorze mois ; a présenté une rougeole à cinq ans, puis la coqueluche ; n'a jamais eu de douleurs articulaires. Au mois de juillet elle a eu des vomissements, est restée couchée pendant quatre jours, et a présenté des mouvements choréiques.

Etat actuel. — L'enfant est bien développée. Au repos elle est peu agitée ; mais si elle se lève ou s'assied sur son lit, elle présente des mouvements incessants, irréguliers, arythmiques, de tout le corps et de la tête.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Les réflexes à la lumière, à l'accommodation et à la convergence sont normaux.

Il existe de l'anesthésie conjonctivale et pharyngienne.

OBSERVATION XI

Marie M..., âgée de treize ans, entre à l'hôpital le 10 janvier 1907.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Cinq frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Née à terme et nourrie au sein jusqu'à douze mois, elle a présenté une rougeole et une coqueluche à quatre ans. Il y a trois mois l'enfant est devenue maladroite avec des mouvements désordonnés.

Etat actuel. — L'enfant présente de grands mouvements désordonnés des membres supérieurs et inférieurs.

Pas de lésion organique du cœur.

Les réflexes tendineux ont été impossibles à rechercher à cause de l'agitation excessive présentée par la malade.

Il existe une anesthésie conjonctivale nette et peut-être de l'anesthésie pharyngée mais pas d'autres manifestations hystériques.

Le signe de Babinski manque des deux côtés

OBSERVATION XII

Marcelle G..., âgée de sept ans et demi entre à l'hôpital le 4 février 1907.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Enfant élevée au sein par la mère ; a marché à douze mois ; a eu la rougeole à quatre ans.

Il y a trois mois l'enfant a fait une vulvite à la suite de laquelle elle a présenté des douleurs vagues dans toutes les articulations, surtout localisées dans les genoux et l'articulation temporo-maxillaire.

Etat actuel. — Le cœur ne présente pas de souffle organique.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Il existe de l'anesthésie conjonctivale et pharyngée, mais pas d'autres manifestations hystériques.

Le signe de Babinski manque des deux côtés.

Les réflexes pupillaires sont conservés.

L'enfant sort guérie après un séjour de un mois à l'hôpital.

9 octobre 1908. — Elle rentre de nouveau aux Enfants Malades, présentant des mouvements désordonnés et involontaires.

A l'auscultation du cœur on trouve un léger souffle systolique.

Les réflexes tendineux sont normaux.

L'anesthésie conjonctivale et pharyngée est complète.

Pas de signe de Babinski.

Pas de signe de Brudzinski.

OBSERVATION XIII

Jeanne B..., onze ans entre le 1^{er} juillet 1907.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Née à terme, elle fut au sein jusqu'à dix mois. A trois mois elle a présenté une coqueluche, puis une rougeole et a toujours été nerveuse.

Il y a deux ans l'enfant présenta des mouvements incoordonnés qui durèrent deux mois.

Etat actuel. — L'enfant est atteinte depuis trois semaines de grands mouvements qui prédominent aux membres supérieurs.

Le cœur n'est pas atteint

Les réflexes tendineux sont normaux,

Le signe de Babinski n'est pas net.

Les réflexes pupillaires sont normaux.

Il existe de l'anesthésie conjonctivale mais pas d'autres stigmates hystériques.

OBSERVATION XIV

Henriette B..., âgée de douze ans et demi, entre le 27 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, nerveux ; mère bien portante : la grand'mère aurait eu de l'exophtalmie.

Antécédents personnels. — Née à terme et nourrie au sein jusqu'à six mois, elle a eu la rougeole à sept mois, du rhumatisme articulaire à onze ans.

Depuis quinze jours l'enfant présente des mouvements qui vont s'accroissant ; elle ne peut plus marcher et est transportée à l'hôpital en ambulance.

Etat actuel. — Chorée intense, généralisée.

Le cœur présente un souffle systolique de la pointe se propageant dans l'aisselle.

Les réflexes tendineux, bien que difficiles à rechercher à cause de l'agitation paraissent normaux.

Signe de Babinski en flexion.

Il existe une anesthésie conjonctivale et pharyngienne des plus nettes.

Les réflexes pupillaires sont conservés.

B. — *Cas où les réflexes tendineux sont augmentés*

OBSERVATION XV

Marcelle B..., âgée de douze ans, entre aux Enfants Malades le 8 juillet 1907.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère nerveuse.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au biberon, elle a marché à vingt mois, a fait une rougeole à trois ans. Depuis dix jours, l'enfant est devenue maladroite, se plaint de douleurs vagues.

Etat actuel. — Les mouvements choréiques sont de moyenne intensité ; la face est intacte. Le cœur ne présente pas de souffle organique.

Les réflexes tendineux sont assez vifs.

Le signe de Babinski fait défaut des deux côtés.

Il existe une anesthésie typique de la conjonctive et du pharynx, sans autres manifestations hystériques.

OBSERVATION XVI

Aimée A..., âgée de douze ans et demi, entre le 16 septembre 1907, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père bacillaire. Mère bien portante.

Quatre frères ou sœurs morts de méningite, trois bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant, née à terme, a été élevée au biberon jusqu'à deux ans, a fait une coqueluche à six ans, une rougeole à sept ans ; il y a deux ans elle a été atteinte de

chorée légère, précédée de douleurs rhumatismales ayant disparu rapidement.

Il y a un mois l'enfant a de nouveau présenté des mouvements incoordonnés.

Etat actuel. — Chorée de moyenne intensité, pas de troubles cardiaques.

Les réflexes patellaires sont exagérés.

Les réflexes muqueux sont conservés et il n'existe aucun stigmate d'hystérie.

OBSERVATION XVII

Louise D..., âgée de treize ans, entre à l'hôpital le 4 novembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Père mort alcoolique et bacillaire, mère également alcoolique.

Antécédents personnels. — Née à terme, l'enfant fut nourrie au sein jusqu'à dix mois, eut la rougeole à quatre ans et une méningite à six ans. Il y a quatre mois la mère s'aperçoit que sa fille a des mouvements involontaires de la main droite. Après deux mois de traitement la maladie a rétrocedé ; depuis huit jours les mouvements sont apparus de nouveau.

Etat actuel. — Chorée de moyenne intensité sans localisation nette ; pas de troubles cardiaques.

Les réflexes patellaires sont exagérés.

Les réflexes muqueux sont conservés.

OBSERVATION XVIII

Madeleine D..., âgée de onze ans, entre à l'hôpital le 23 décembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Père nerveux. Mère bien por-

tante ; quatre frères ou sœurs dont deux morts de méningite.

Antécédents personnels. — Nourrie au biberon, l'enfant a eu la rougeole à deux ans et toussé très souvent. Depuis huit jours elle présente des mouvements de la jambe et du bras gauche.

Etat actuel. — Chorée de moyenne intensité avec un souffle systolique de la pointe.

Les réflexes patellaires sont vifs.

Lorsqu'on recherche le signe de Babinski, on constate que la première phalange du gros orteil se fléchit à droite, reste immobile à gauche.

Il existe de l'anesthésie conjonctivale et cornéenne, mais aucun autre stigmate d'hystérie.

OBSERVATION XIX

Léonie L..., âgée de douze ans et demi, entre à l'hôpital le 25 mars 1907.

Antécédents héréditaires. — Frère mort bacillaire, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Elevée au sein jusqu'à onze mois, elle a eu la rougeole à deux ans. Il y a un an elle a eu une atteinte de chorée qui a duré un mois.

Etat actuel. — La chorée actuelle date de huit jours ; les mouvements désordonnés ont un siège variable.

Les réflexes patellaires sont exagérés.

Le signe de Babinski est en flexion.

Il existe de l'anesthésie cornéenne.

OBSERVATION XX

Charles F..., seize ans et demi, entre le 7 décembre 1906
salle Bouchut.

Antécédents héréditaires. — Sa mère âgée de trente-cinq ans
a eu une chorée à seize ans et demi ; soignée à la Salpêtrière
par Charcot elle reste deux mois à l'hôpital et sort guérie. A ce
moment elle est enceinte de deux mois du jeune malade qui entre
dans le service.

Antécédents personnels. — Né à terme, il fut nourri au bibe-
ron. A sept mois, il a des convulsions, une scarlatine à douze
ans. Il y a trois semaines environ que la maladie actuelle
a débuté. Les mouvements ehoréiques ont commencé par le côté
droit. L'enfant est très maladroit, arrache tout, ne peut rien
tenir.

La parole est troublée. Il n'y a pas de paralysie. Le cœur
présente un souffle mésosystolique au niveau du deuxième
espace intercostal gauche.

Les réflexes tendineux sont augmentés.

*Il existe de l'anesthésie pharyngienne et de l'anesthésie cor-
néenne.*

Les yeux n'offrent de particulier qu'une pupille droite irrégulière.

Les réflexes pupillaires sont normaux.

OBSERVATION XXI

Pierre R ..., âgé de quatorze ans, entre le 6 juillet 1908, salle
Bouchut.

Antécédents héréditaires. — Père mort alcoolique. Mère très nerveuse ; grand'mère morphinomane ; a eu deux frères morts de méningite.

Antécédents personnels. — Né à terme, il fut élevé au biberon et marcha à quinze mois. Il eut la coqueluche à trois ans, la rougeole à quatre ans. Il y a trois ans il eut une première atteinte de chorée qui fut soignée aux Enfants-Malades. Depuis ce moment il présente des mouvements choréiformes deux ou trois fois par an.

Etat actuel. — L'enfant d'aspect robuste a des mouvements désordonnés des deux membres droits ; la face est intacte.

Le cœur présente un souffle diastolique de la pointe.

Les réflexes rotuliens sont vifs.

Le signe de Babinski est en flexion.

Il existe de l'anesthésie conjonctive et pharyngée.

Le signe de Brudzinski n'existe pas.

OBSERVATION XXII

Marguerite W..., âgée de douze ans et demi, entre à l'hôpital le 18 janvier 1909.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants ; mère pourtant un peu nerveuse ; quatre frères ou sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme et nourrie au sein, elle a marché à treize mois, a eu la coqueluche et la rougeole à cinq ans. Depuis trois mois l'enfant a des mouvements choréiques.

Etat actuel. — Les mouvements sont plus exagérés à droite qu'à gauche. Le cœur présente un souffle prolongé de la pointe et un dédoublement du second bruit.

Réflexes épitrochléen et patellaire exagérés.

Le signe de Babinski est en flexion.

Pas de signe de Brudzinski.

OBSERVATION XXIII

Paul D..., âgé de quatorze ans, entre à l'hôpital le 7 décembre 1908.

Antécédents héréditaires. — Père mort albuminurique, mère très nerveuse ; pas d'antécédents rhumatismaux.

Antécédents personnels. — Né à terme il fut élevé au sein jusqu'à vingt mois ; rougeole à deux ans.

Il y a quinze jours apparurent des mouvements désordonnés des membres et de la face.

Etat actuel. — Les mouvements semblent plus accentués dans le côté droit du corps.

Le cœur ne présente pas de souffle.

Les réflexes patellaires sont exagérés ainsi que les réflexes achilléens.

Il n'y a pas d'anesthésie cornéenne ni pharyngienne.

C.— *Cas avec signe de Babinski positif*

OBSERVATION XXIV

Georgette P..., âgée de huit ans, entre à l'hôpital le 19 novembre 1906.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère très nerveuse. Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme et nourrie au sein jusqu'à dix-huit mois, elle a eu la rougeole et la coqueluche

à deux ans et demi. Depuis un an l'enfant est très nerveuse.

Etat actuel. — La malade présente des mouvements choréiques de moyenne intensité ; pas de souffle organique du cœur.

Les réflexes rotuliens sont un peu plus vifs que normalement.

Le signe de Babinski est net à gauche.

Les réflexes muqueux sont abolis.

OBSERVATION XXV

Alphonse F..., âgé de dix ans et demi entre le 19 novembre 1906, salle Bouchut.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'hémorragie cérébrale. Mère bien portante.

Il y a dans la famille trois autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au sein jusqu'à treize mois, il eut ses premières dents à huit mois.

A quatorze mois il fut atteint de diphtérie laryngée, puis de rougeole immédiatement après, avec bronchite.

Depuis lors pas de maladie. Au mois de mai 1906 l'enfant a eu une frayeur et le lendemain on a remarqué des mouvements choréiques. Cette incoordination motrice a disparu après un mois de traitement.

Etat actuel. — Depuis quinze jours, il est de nouveau atteint de mouvements choréiques ; leur réapparition fut brusque et ils s'accroissent de plus en plus.

L'auscultation du cœur ne décèle rien.

Le signe de Babinski s'observe des deux côtés.

On ne trouve pas de troubles oculaires.

D. — *Cas où les réflexes tendineux sont affaiblis*

OBSERVATION XXVI

Berthe D..., âgée de neuf ans, entre à la salle Parrot en avril 1908.

Antécédents héréditaires. — Père bacillaire. Mère nerveuse. Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme et nourrie au biberon. elle a eu la rougeole à trois ans.

Il y a deux mois elle a eu une crise de rhumatisme articulaire. Peu de temps après des mouvements choréiques sont apparus, généralisés, très intenses.

Etat actuel. — Chorée intense, avec souffle systolique organique de la pointe.

Les réflexes tendineux sont affaiblis.

Le signe de Babinski manque des deux côtés.

Il existe de l'anesthésie conjonctivale pharyngienne.

Les réflexes pupillaires paraissent normaux.

OBSERVATION XXVII

Charles C..., âgé de dix ans, entre à l'hôpital le 25 mai 1908.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux, il y a quatre mois. Mère en bonne santé, mais a eu à sept ans et demi la chorée de Sydenham. A la suite d'une peur, dit-elle, les mouvements ont persisté six semaines environ et ont recommencé à trois reprises différentes.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme, nourri au sein, a eu la rougeole à trois ans et demi. Il n'a jamais eu de rhumatisme.

Il y a deux mois apparition lente de petits mouvements incoordonnés qui se sont localisés au début aux mains ; l'enfant ne pouvait plus écrire ; ces mouvements se sont étendus et se produisent sans aucun rythme.

Etat actuel. — Mouvements siégeant sur les différents segments du corps, n'empêchant pas la marche. Tuberculisation du sommet droit à la période d'induration.

Les réflexes rotuliens sont affaiblis des deux côtés.

Les réflexes cutanés (crémastérien et abdominal) sont normaux.

Il existe de l'anesthésie cornéenne et pharyngienne.

Les réflexes pupillaires fonctionnent normalement.

Le signe de Babinski manque des deux côtés.

OBSERVATION XXVIII

Henriette G..., âgée de sept ans, entre salle Parrot le 14 octobre 1907.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels — Enfant née à terme et nourrie au sein jusqu'à seize mois, elle a eu la rougeole à quatre ans.

Depuis quinze jours elle présente des mouvements incoordonnés qui augmentent.

Etat actuel. — L'enfant est d'un caractère très craintif. Les membres supérieurs ne peuvent exécuter aucun mouvement d'adresse, la face est grimaçante ; l'enfant parle et mange difficilement. La marche est impossible.

Les réflexes rotuliens sont diminués.

Les réflexes muqueux sont intacts et il n'existe aucun stigmate d'hystérie.

La malade reste deux mois à l'hôpital et sort peu améliorée.

OBSERVATION XXIX

Eugénie L..., âgée de huit ans et demi, entre à l'hôpital le 27 juillet 1908.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ayant eu la chorée dans son enfance. Mère morte à quarante-six ans du bacillose. Sept frères ou sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme et nourrie au sein maternel, elle a eu la rougeole à quatre ans, la coqueluche et la diphtérie à six ans.

Il y a un an elle fut brusquement atteinte de chorée ; soignée à l'hôpital Bretonneau, elle guérit après un mois de traitement.

Etat actuel. — La chorée a reparu il y a huit jours. Les mouvements localisés surtout aux membres supérieurs sont de moyenne intensité : Le cœur ne présente pas de souffle.

Les réflexes rotuliens sont faibles.

Il existe de l'anesthésie conjonctivale.

Le signe de Babinski est en flexion.

Pas de troubles pupillaires. Pas de signe de Brudzinski.

OBSERVATION XXX

Marcelle B..., âgée de onze ans, entre à l'hôpital le 27 juillet 1908.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire. Mère morte cardiaque. La grand'mère a présenté dans son enfance des troubles choréiques.

Antécédents personnels. — Née à terme et nourrie au biberon elle a eu la rougeole à dix-huit mois. Depuis cinq jours elle présente des mouvements incoordonnés.

Etat actuel. — Chorée de moyenne intensité : pas de souffle organique du cœur.

Les réflexes rotuliens sont faibles.

Le signe de Babinski n'existe pas.

Anesthésie pharyngienne et conjonctivale.

Pas de troubles pupillaires.

Pas de signe de signe de Brudzinski.

En résumé, sur nos 30 cas : le réflexe rotulien a été trouvé :

Normal, 13 fois ; diminué, 5 fois ; augmenté, 12 fois.

L'anesthésie conjonctivale et pharyngienne a été constatée 15 fois.

Le signe de Babinski a été 2 fois positif.

Le signe de Brudzinski n'a pas été rencontré.

Les réflexes pupillaires ont toujours paru normaux.

L'anesthésie conjonctivale et pharyngienne constatée 15 fois très nettement, chez des enfants venant la plupart à l'hôpital pour la première fois, établit l'existence d'affinités étroites entre la chorée et l'hystérie.

Sans doute lorsque la chorée a été précédée de douleurs articulaires ; qu'elle se complique d'accidents cardiaques, il est facile de dire chorée vraie compliquée d'hystérie.

Mais lorsque manquent ces éléments, comment poser le diagnostic : chorée arythmique liée à l'hys-

térie, ou chorée vraie avec hystérie surajoutée ? Cela ne semble pas facile.

Et cette difficulté fait dire à Weil : « Voici comment je comprends la chorée :

« Elle constitue une réaction spéciale du système nerveux de la seconde enfance. La même circonstance, frayeur, infection, provoquera dans le premier âge des convulsions, de six à treize ans de la chorée, plus tard de l'hystérie. »

Un signe, entre tous, permettrait de séparer aisément ces deux affections voisines et de préciser leurs limites : c'est le signe de Babinski, le *phénomène des orteils*, accompagné ou non de la flexion combinée de la cuisse et du bassin. Nous avons constaté ce signe deux fois sur trente cas et il est évident que, dans ces cas, il suffit à lui seul à faire affirmer l'existence d'une chorée vraie.

Mais nous ne pouvons pas dire avec M. Babinski que « ce signe se rencontrant très souvent dans la chorée celle-ci est une maladie organique ».

Les *réflexes tendineux* nous ont paru normaux dans presque la moitié des cas, treize fois sur trente — faibles cinq fois — forts dix fois. Or, toutes ces chorées ayant évolué normalement excepté celle de l'observation XXVIII (cas avec réflexes diminués) dont la durée fut anormale et qui resta rebelle à l'antipyrine et à la liqueur de Boudin, on peut se demander si la diminution des réflexes n'est pas un phénomène constant sur lequel on peut s'appuyer pour

porter un diagnostic de chorée sévère et réserver son pronostic.

Que disent à ce sujet les auteurs qui ont observé des cas de mort dans la chorée et qui n'ont pas négligé l'étude des réflexes ? Dans deux cas de Massalongo, intitulés : « Endocardite chronique, insuffisance mitrale, chorée mortelle », les réflexes cutanés et tendineux étaient absolument *normaux*.

Dans un cas de MM. Dupré et Camus, les réflexes tendineux et cutanés étaient un peu *exagérés* ; le signe de Babinski *faisait défaut*.

Dans un cas de M. Comby, les réflexes étaient *exagérés* ; dans un autre ils étaient *affaiblis*.

En somme dans ces cinq cas de mort par suite de chorée, ou de complications de chorée, les réflexes tendineux ne sont diminués qu'une fois.

Il est donc impossible d'admettre que les chorées graves se caractérisent, entre autres signes, par la diminution ou l'abolition des réflexes tendineux.

Le signe de Brudzinski n'a pas été trouvé par nous. Nous avons demandé à M. Brudzinski s'il avait trouvé son signe chez les malades atteints de chorée de Sydenham. Il nous a répondu que, depuis le jour où il a décrit ce signe, il l'a cherché chez tous les choréiques passés dans son service et ne l'a jamais rencontré.

Nous l'avons en outre recherché récemment dans huit cas de chorée dont les observations ne sont pas relatées ici, et nous ne l'avons pas trouvé.

Nous pouvons donc dire que le signe de Brudzinski n'existe pas dans la chorée.

CONCLUSIONS

Dans la chorée de Sydenham :

I. — Les anesthésies conjonctivale et cornéenne le plus souvent associées à l'anesthésie pharyngienne sont fréquentes et s'accompagnent de l'abolition des réflexes muqueux.

Cette abolition des réflexes muqueux ne peut servir de base au diagnostic de chorée arythmique hystérique ou de chorée vraie ; l'existence du signe de Babinski permettra d'affirmer la chorée, mais de son absence on ne pourra tirer aucune conclusion.

II. — Les réflexes tendineux sont peu modifiés dans les chorées légères ou de moyenne intensité ; leur diminution ne peut en aucun cas être considérée comme caractéristique des chorées sévères.

III. — Les réflexes peuvent être modifiés indépendamment les uns des autres.

IV. — Le signe de Brudzinski ne se rencontre pas.

Vu : le Président de la thèse
HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Blocq et Grenet.* — Article « Chorée » dans le Traité de Médecine, Charcot-Bouchard, t. X.
- Triboulet.* — Article « Chorée » dans le Traité de Médecine, Brouardel et Gilbert, t. X.
- Leroux.* — Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby, t. IV.
- Déjérine.* — Hérité dans les maladies du système nerveux. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.
- Joffroy.* — Nature et traitement de la chorée. Progrès médical, 30 mai 1885.
- Bonhæffer.* — Hypotonie musculaire dans la chorée, Monatschrift für Psychiatrie, 1898.
- Oddo.* — Congrès de Médecine de Paris, 1900.
- Nicollet.* — Les réflexes dans la chorée de Sydenham. Thèse de Lyon, 1900-1901.
- Hey.* — Revue neurologique, 1905, p. 485.
- Michel.* — Les paralysies dans la chorée. Thèse de Paris, 1904.
- Legay.* — Contribution à l'étiologie de la chorée. Thèse de Paris, 1897.
- Esner.* — Le réflexe rotulien dans la chorée. Philad. Med. Journ., 8 juin 1901.

- Gordon.* — Un signe précurseur dans la chorée. Semaine médicale, 1901, p. 106.
- Cruchet.* — L'hippus dans la chorée. Revue neurologique, 1904, p. 1147-1148.
- Babinski.* — Flexion combinée de la cuisse et du tronc dans la chorée. Revue neurol., 1905, p. 120.
- La chorée est une affection organique. Médecine moderne, août 1905, p. 265-266.
- Charpentier.* — Signe de Babinski dans la chorée. Revue neurologique, 1906, p. 1176.
- Langmead.* — Sur certains signes pupillaires au cours de la chorée. Lancet, janvier 1908.
- Romme (R.).* — Le signe de Brudzinski. Presse médicale, 28 mars 1908.
- Laulanié.* — Traité de physiologie.
- Raymond.* — Danse de Saint-Guy. Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, t. XXV.
- Cadet de Gassicourt.* — Traité clinique des maladies de l'enfance. Paris, 1882, t. II.
- Germain Sée.* — Mémoires de l'Académie de Médecine.
- Hutinel et Babonneix.* — Article « Les Chorées » dans le Traité des maladies des enfants.
- Leroux.* — Pathogénie de la chorée. Presse médicale, 21 mars 1896.
- Rousseau.* — Nature des psychoses choréiques. Thèse de Bordeaux, 1895-1896.
- Babonneix.* — Réflexes dans la chorée. Archives de médecine des enfants, décembre 1908.
- Brissaud.* — Le réflexe du fascia lata. Gaz. Hebdom., 1896.

Marinesco. — Etude sur le phénomène des orteils. *Revue de neurologie*, 1903, p. 488.

Huet. — De la chorée chronique. Thèse de Paris, 1888.

Vicq. — La mort dans la chorée. Thèse de Paris, 1903.

Zaimovski (M^{lle}). — Considérations sur l'état des réflexes chez les enfants. Thèse de Paris, 1909.

Bernard. — Les troubles oculaires dans la chorée. Thèse de Paris, 1909.

Henry. — De l'hérédité directe ou similaire dans la chorée. Thèse de Paris, 1909.

Thomas. — Société de Neurologie, juin 1909.



